

加味四逆汤联合酒石酸美托洛尔缓释片治疗慢性心力衰竭患者的疗效评价

彭春鸽

(河南省灵宝市第二人民医院心血管内科 灵宝 472500)

摘要:目的:分析加味四逆汤联合酒石酸美托洛尔缓释片治疗慢性心力衰竭患者的临床效果。方法:选取 2018 年 2 月~2020 年 1 月收治的慢性心力衰竭患者 86 例,按随机数字表法分为中西联合组和西医组,各 43 例。西医组采用酒石酸美托洛尔缓释片治疗,中西联合组在西医组基础上采用加味四逆汤治疗。对比两组疗效及治疗前后中医证候积分、心功能指标(左心室射血分数、每搏心输出量)。结果:中西联合组治疗总有效率为 90.70%(39/43),高于西医组的 74.42%(32/43)($P<0.05$);治疗后,中西联合组中医证候积分较西医组低($P<0.05$);中西联合组左心室射血分数、每搏心输出量较西医组高($P<0.05$)。结论:加味四逆汤联合酒石酸美托洛尔缓释片治疗慢性心力衰竭患者效果显著,可减轻临床症状,改善心功能。

关键词:慢性心力衰竭;加味四逆汤;酒石酸美托洛尔缓释片

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.18.030

慢性心力衰竭(CHF)是一种临床综合征,为各种心脏病终末阶段,发病率和致死率较高^[1-3]。酒石酸美托洛尔缓释片为临床常用药物,虽可缓解临床症状,但单独西医治疗对部分患者效果欠佳,且易引发不良反应。中医认为 CHF 由阳气衰微、水瘀内停所致,治则活血利水、温阳利气。基于此,本研究选取我院 CHF 患者 86 例,探讨加味四逆汤联合酒石酸美托洛尔缓释片的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取我院 2018 年 2 月~2020 年 1 月收治的 CHF 患者 86 例,按随机数字表法分为中西联合组和西医组,各 43 例。中西联合组男 27 例,女 16 例;年龄 57~72 岁,平均年龄(64.82 ± 3.51)岁;病程 1~10 年,平均病程(5.71 ± 0.46)年;体质量指数 17~24 kg/m²,平均体质量指数(22.03 ± 0.94) kg/m²。西医组男 28 例,女 15 例;年龄 58~72 岁,平均年龄(65.24 ± 3.26)岁;病程 1~9 年,平均病程(5.56 ± 0.52)年;体质量指数 18~25 kg/m²,平均体质量指数(22.28 ± 1.05) kg/m²。两组基线资料(年龄、性别、病程、体质量指数)均衡可比($P>0.05$)。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)经心电图检查、心衰标志物检测及临床特征确诊为 CHF;(2)存在乏力、呼吸困难等症状;(3)左心室射血分数(LVEF)≤50%;(4)6 min 步行试验<375 m;(5)运动试验阳性;(6)一般资料完整。排除标准:(1)合并先天性心脏病者;(2)近期有心肌梗死史者;(3)存在严重心律失常者;(4)药物、内分泌或其他因素所致心动过缓者;(5)近 1 年内有心脏手术史者;(6)存在严重原发性疾病者;(7)合并其他脏器功能衰竭者。

1.3 治疗方法 两组均予以常规西医治疗,包括扩张血管、强心、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂等药物治疗,严重者可结合实际情况予以吸氧等辅助支持。

1.3.1 西医组 采用酒石酸美托洛尔缓释片(II)(国药准字 H20030017),口服,起始剂量 6.25 mg/次,2 次/d;结合耐受情况增加剂量,最大剂量 25 mg/次,2 次/d。治疗 2 个疗程。

1.3.2 中西联合组 在西医组基础上采用加味四逆汤,药方组成:生龙牡 30 g、茯苓 30 g、益母草 30 g、葶苈子 10 g、丹参 15 g、泽泻 18 g、赤芍 12 g、附子 15 g(先煎)、红参 10 g、山萸肉 20 g、当归 10 g、桂枝 10 g、干姜 10 g、炙甘草 10 g。水煮取汁,每剂 400 ml,早晚两次温服。4 周为一个疗程,治疗 2 个疗程。

1.4 疗效判定标准 显效:治疗 2 个疗程后,心功能较治疗前改善 2 级,或达到 1 级;缓解:治疗 2 个疗程后,心功能较治疗前改善 1 级,但未达到 1 级;无效:治疗 2 个疗程后,心功能较治疗前无明显改善。显效、缓解计入总有效。

1.5 观察指标 (1)疗效。(2)中医证候积分。对两组心悸、气短、气喘症状进行量化分级评分,0 分为无、2 分为轻度、4 分为中度、6 分为重度,积分越高,症状越严重。(3)对比两组治疗前后 LVEF、每搏心输出量(SV)。

1.6 统计学软件 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 中西联合组总有效率为

90.70%较西医组 74.42%高($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	缓解	无效	总有效
中西联合组	43	22 (51.16)	17 (39.53)	4 (9.30)	39 (90.70)
西医组	43	14 (32.56)	18 (41.86)	11 (25.58)	32 (74.42)
χ^2					3.957
P					0.047

2.2 两组中医证候积分比较 治疗前,两组中医证候积分对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,中西联合组中医证候积分较西医组低($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
中西联合组	43	13.68 $\pm$ 1.74	5.52 $\pm$ 1.02
西医组	43	14.12 $\pm$ 2.01	8.81 $\pm$ 1.37
t		1.085	12.631
P		0.281	<0.001

2.3 两组心功能指标比较 治疗前,两组 LVEF、SV 对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,中西联合组 LVEF、SV 较西医组高($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LVEF(%)		SV(ml/次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西联合组	43	41.26 $\pm$ 3.25	50.60 $\pm$ 4.21	36.45 $\pm$ 2.97	44.39 $\pm$ 3.54
西医组	43	40.74 $\pm$ 3.08	47.32 $\pm$ 3.85	37.01 $\pm$ 3.19	40.86 $\pm$ 3.29
t		0.762	3.770	0.843	4.790
P		0.449	<0.001	0.402	<0.001

3 讨论

CHF 为常见心血管疾病,具有病情迁延、难愈等特点^[4-5]。酒石酸美托洛尔缓释片为 β 受体阻滞剂,可抑制肾素 - 血管紧张素系统激活,改善心肌收缩功能,降低心功能损害,但长期应用毒副作用明显,积极联合中医探讨一种理想治疗方案,是临床研究重点^[6-7]。

CHF 属于中医“喘证、心悸、心痹”等范畴,血瘀水停、阳气虚衰致阳气耗损,导致病情加重,治则利水、补阳、益气、化瘀^[8]。加味四逆汤含有生龙牡、茯苓、益母草、丹参、赤芍、附子、红参、桂枝、炙甘草等中药成分,生龙牡性平,味甘、涩,归心、肝、肾、大肠经,能平肝潜阳;茯苓性平、味甘、淡,归心、肺、脾、肾经,可健脾利水、利水渗湿;益母草性微寒,味苦、辛,归肝、心包、膀胱经,能利尿消肿、活血调经;丹参性微寒,味苦,归心、心包、肝经,可凉血消痈;赤芍性微寒,味苦,归肝经,能活血祛瘀、清热凉血;附子性温,味辛、甘,归心、肾、脾经,可补火助阳、回阳救逆;红

参性温,味微苦,归脾、肺、心经,能益气摄血;桂枝性温,味甘、温,归心、肺、膀胱经,可温通经脉、助阳化气;炙甘草性平,味甘,归心、肺、脾、胃经,可益气复脉,调诸药,共奏利水消肿、补阳益气、活血化瘀、标本兼治之效^[9]。本研究针对 CHF 患者采用加味四逆汤联合酒石酸美托洛尔缓释片,结果显示中西联合组总有效率 90.70%较西医组 74.42%高 ($P<0.05$),提示该方案可提高疗效。本研究数据还显示,治疗后中西联合组中医证候积分较西医组低, LVEF、SV 较西医组高 ($P<0.05$),可见两者联合可缓解临床症状,改善心功能。现代药理学研究证实, 附子化学成分中含有甲乌药碱,可增加心肌收缩力和抗缺氧能力; 赤芍能抗血小板聚集,避免形成血栓;红参含有人参皂苷,能强心、扩张血管;桂枝能改善冠状动脉微循环,缓解心肌缺血、缺氧症状;丹参能清除氧自由基,减轻心肌损伤;炙甘草能抗炎症、变态反应,增强机体免疫力,并可降低中药材毒性。表明加味四逆汤能改善心肌供血、供氧,提高心功能和用药安全性^[10]。综上所述,加味四逆汤联合酒石酸美托洛尔缓释片治疗 CHF 患者效果显著,减轻临床症状,改善心功能。

参考文献

[1]李伟英,苗梦露.中西医结合治疗慢性心力衰竭 23 例临床研究[J].江苏中医药,2017,49(1):27-28.

[2]丛小飞,刘相圻,秦红,等.丁邦晗中西医结合治疗慢性心力衰竭经验[J].广州中医药大学学报,2017,34(1):128-131.

[3]谢华宁,任得志.慢性心力衰竭中西医结合临床路径实施效果评价[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(4):455-457.

[4]赵亚珍,熊莹,邢晨.依普利酮结合卡托普利对老年慢性心力衰竭患者心功能 BNP 及 Nexilin 的影响[J].安徽医学,2019,41(2):146-148.

[5]罗磊.参麦注射液对慢性心力衰竭病人 BNP 水平与心功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(24):3643-3645.

[6]王太昊,董磊,崔晓燕,等.瑞舒伐他汀联合美托洛尔缓释片对慢性心力衰竭患者的疗效及其血清因子的影响[J].西部医学,2018,30(10):1488-1491,1495.

[7]陆铭,蒋庆渊,刘春兰,等.美托洛尔缓释片对慢性心力衰竭患者炎症因子及心功能的影响[J].疑难病杂志,2017,16(10):977-980,984.

[8]张碧华,杨莉萍,唐鹏.慢性心力衰竭与中医相关病证的渊源与发展[J].中国中西医结合杂志,2018,38(5):633-635.

[9]白佩军,许文静.加味四逆汤治疗慢性心力衰竭心肾阳虚证的临床效果观察[J].中国临床新医学,2019,12(1):86-88.

[10]朱玉菡.四逆汤治疗慢性心力衰竭的 Meta 分析及作用机制研究[D].北京:北京中医药大学,2019.

(收稿日期: 2021-05-20)

欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!